



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Asociación entre depresión y deterioro funcional en
consultorio externo de geriatría enero a mayo del 2008 -
Hospital Nacional Arzobispo Loayza**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Geriatría

AUTOR

Edgar Rodríguez Villanueva

LIMA – PERÚ
2009

INDICE

1.	Introducción.....	3
2.	Problema de Investigación	4
2.1.	Problema general.....	4
3.	Objetivos Generales y Específicos	5
3.1.	Objetivo General	5
3.2.	Objetivos Específicos	5
4.	Justificación y Contribución.....	5
5.	Planteamiento del problema	7
5.1.	Antecedentes del Problema.....	7
6.	Marco Teórico.....	8
7.	Metodología.....	25
8.	Resultados	29
9.	Discusión.....	36
10.	Conclusiones.....	43
11.	Recomendaciones	44
12.	Bibliografía.....	45
	INDICE DE KATZ.....	51
	MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MMSE FOLSTEIN)	53

1. Introducción.

La depresión constituye uno de los síndrome psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes entre la población geriátrica. Los trastornos depresivos son un importante problema de salud pública, ya que, entre otros factores, aumentan con la edad (Menchon, 2001)

Los trastornos del estado de ánimo y fundamentalmente la depresión tienen una elevada prevalencia (en base a su alta incidencia, recurrencia aumentada y tendencia a la cronicidad) y conllevan alta morbilidad tanto directa como indirecta (comorbilidad con otros procesos) (Serrano, 2001)

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento diagnóstico utilizado, sea la entrevista psiquiátrica o la aplicación de escalas orientativas (Lazaro, 2003), y según el grupo poblacional al que se estudie: ancianos en la comunidad, ancianos institucionalizados en residencias o ancianos hospitalizados. En lo que coinciden la mayoría de estudios y autores es que los trastornos afectivos del anciano están infra diagnosticados e infra tratados.

Si se analizan estudios sobre depresión mayor en ancianos en la comunidad que usan para el diagnóstico instrumentos estructurados administrados por especialistas, suelen arrojar tasas de prevalencia significativamente menores (1-3 %) que estudios que usan instrumentos dimensionales de screening como la Geriatric Depression Scale (GDS)(Yesavage,1983), la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)(Radlof, 1992) o la escala de Koenig (Koenig, 1995) que se basa en la presencia de más o menos síntomas de los llamados "depresivos".

Bruce y Leaf (Bruce, 1989) constataron en una muestra de ancianos en la comunidad que las probabilidades de muerte en sujetos con trastornos del estado de ánimo era

cuatro veces mayor que en el resto de la muestra. Por otro lado parece evidente que los ancianos tienden a manifestar la sintomatología depresiva al médico en menor medida que los adultos más jóvenes (Harper, 1990). Los síntomas psicológicos y los emocionales son los más infra comunicados al contrario de los somáticos y neurovegetativos (Lyness, 1995).

Existen numerosos instrumentos de medición. Debemos usar aquél que sea más válido, fiable, y sensible al cambio según las circunstancias donde lo apliquemos (población estudiada y entorno), el propósito y el objetivo de su aplicación.

2. Problema de Investigación

2.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia de la relación entre depresión y deterioro funcional en pacientes que acuden al consultorio externo de Geriátrica del Hospital Arzobispo Loayza en los meses de Enero a Mayo del 2008?

3. Objetivos Generales y Específicos

3.1. Objetivo General

- 3.1.1. Determinar la prevalencia de depresión y deterioro funcional, en pacientes que acuden al consultorio externo de Geriatria del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo 2008.

3.2. Objetivos Específicos

- 3.2.1. Determinar la prevalencia de depresión en pacientes de Consultorio externo de Geriatria del Hospital Arzobispo Loayza.
- 3.2.2. Determinar la prevalencia de dependencia funcional existente en pacientes de la Atención de Consultorio externo de Geriatria del Hospital Arzobispo Loayza.
- 3.2.3. Determinar las características epidemiológicas de los pacientes que acuden a la Atención de Consultorio externo de Geriatria del Hospital Arzobispo Loayza.
- 3.2.4. Identificar las comorbilidades en el diagnostico de depresión.

4. Justificación y Contribución

La determinación de la existencia de dependencia funcional, depresión y/o la asociación de ambos en pacientes de consultorio externo será un primer paso para estratificar estos pacientes por tipo de problema, y sobre todo determinar los factores de riesgo, y de esta forma poder implementar estrategias para mejorar o superar esta problemática. Adicionalmente tenemos que con la aplicación de escalas de

valoración geriátrica y el apoyo del equipo multidisciplinario podremos optimizar identificación de dichos problemas en aras de establecer posibles soluciones.

Nosotros nos propusimos realizar el presente estudio para contribuir en las observaciones sobre el tema.

4.1 Justificación Legal

Este es un problema de salud, por cuanto la existencia de estos casos provoca una serie de trastornos a la salud del personal expuesto, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida. Esto va a producir un mayor costo para el manejo y tratamiento de dichos casos.

4.2 Justificación Teórico – Científico

Al realizar este estudio, queremos conocer el impacto en nuestra población y ver el comportamiento actual, así como las tendencias en cuanto a factores asociados como la dependencia en su desarrollo, dado que nuestra entidad, nos hace más susceptible al desarrollo de dicha patología y tratando de identificar, su presentación en la población, y poder de esta manera realizar un diagnóstico clínico oportuno puesto que puede llegar a confundirse con otras entidades.

4.3 Justificación Práctica

Por lo tanto consideramos prudente reconocer en forma temprana los casos de depresión así como las comorbilidades, dependencia que existen en nuestro medio a fin de reconocer oportunamente los casos de depresión y poder ofrecer un tratamiento temprano adecuado conducente a la curación del paciente.

5. Planteamiento del problema

5.1. Antecedentes del Problema

Los diferentes estudios epidemiológicos han intentado diferenciar las tasas de prevalencia en la comunidad según los diferentes subtipos de diagnóstico de depresión.

Podemos observar igualmente ciertas variaciones según el lugar de origen, la escala utilizada y la definición de la población operativa al considerar la edad de corte.

La prevalencia de trastorno depresivo mayor se sitúa entre el 1% y 6%, la distimia depresiva entre el 3 y 20 %, los trastornos adaptativos aparecen hasta en el 30% de los ancianos y los trastornos mixtos ansiedad-depresión pueden llegar hasta casi el 13% (Katoma, 1995).

Los estudios comunitarios recogidos establecen, por término medio, una prevalencia del 10 % de depresión de ancianos que viven en la comunidad y aunque los resultados presentan una cierta variabilidad según el lugar, la definición poblacional operativa al considerar la edad de corte y la escala utilizada ha de tenerse en cuenta la existencia de un factor que puede incrementar estas tasas. Este no es otro que la exclusión, con frecuencia, en estudios epidemiológicos de pacientes con trastornos cognitivos. Estos pacientes, como sabemos, presentan alteraciones afectivas en un porcentaje muy elevado de casos.

La evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente geriátrico, para muchos, es la parte principal y la más importante. Se entiende por funcionalidad como la capacidad del sujeto de realizar las actividades de la vida diaria. La presencia del compromiso funcional prácticamente no existe en los jóvenes; en cambio el compromiso de la funcionalidad en la persona mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más (Varela, 2003). La alteración funcional puede ser un “marcador” del efecto de una enfermedad

sistémica en el paciente permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado. También resulta útil como indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo etáreo. Dado que la población adulta mayor se encuentra en rápido crecimiento es importante conocer el impacto de los problemas de salud en su funcionalidad para mejorar su calidad de vida y reducir los costos de cuidado y atención; por ello es importante encontrar los factores que pueden relacionarse a la limitación funcional, ya que con esta información se podrán realizar políticas para identificar y tratar estas condiciones (Varela, 2003, Hazzard, 1999, Dunlop, 2002).

6. Marco Teórico

PREVALENCIA EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS.

La institucionalización en residencias se asocia a factores que favorecen la aparición de cuadros o síntomas depresivos y que pueden dar lugar a un aumento de la prevalencia de este proceso (Monforte, 1998).

Sentimientos de abandono en la residencia, dificultades económicas o limitación de la posibilidad de uso del dinero, aislamiento o alejamiento de la red sociofamiliar habitual, cambios significativos en el estilo de vida con incremento del grado de estrés, adaptación a un reglamento y normas que pueden condicionar intimidad y autonomía y originar sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción.

Junto a ello, falta de objetivos vitales, aumento de la auto percepción de enfermedad y ansiedad ante la muerte, la existencia de enfermedades crónicas que precipitan el ingreso en la residencia, a veces, el fallecimiento del cónyuge y la carga valorativa de carácter negativo que implica el ingreso en una residencia (Rojano, 1992, Rojano, 2001).

La prevalencia de depresión entre población de residencias es muy elevada pero existe una gran dispersión de datos debido en parte a la heterogenicidad de los centros. Así, podemos encontrar estudios en los que la prevalencia se sitúa en el 14% y estudios en los que alcanza el 70 %. De los estudios más importantes analizados obtenemos una prevalencia en el intervalo 15-35 %.

ETIOPATOGENIA Y FORMAS CLÍNICAS DIFERENCIALES

La depresión del anciano, con independencia de la forma clínica que adopte, ha de considerarse como el resultado de la conjunción de varios factores heterogéneos que actúan en el terreno personal de cada paciente. La etiología, por tanto, como en personas más jóvenes, es biopsicosocial (Blazer, 2001).

Los factores de riesgo de tipo biológico, incluso los genéticos, tienen tanta importancia como en la edad adulta, especialmente para los casos que comenzaron en esa edad y recidivan. Para los casos de inicio tardío la importancia de los factores genéticos es menor. Las modificaciones que ocurren en la neurotransmisión son un factor predisponente para la aparición de trastornos afectivos en edades tardías.

Todos los cambios psicosociales que suelen acaecer en edades más avanzadas (pérdidas personales, aislamiento, soledad, bajos ingresos económicos, etc.) cobran una especial relevancia y son frecuentemente originarios de depresión y más en varones. También se consideran de importancia las situaciones que generan estrés crónico.

Los trastornos médicos pueden causar depresión en los ancianos, así como, el abuso del alcohol, algunos fármacos y algunas drogas. Los factores psicológicos incluyen, entre otros, la culpa y los patrones de pensamiento negativo. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante como se comentará más adelante.

Los episodios depresivos, especialmente la depresión mayor, pueden presentar características similares en adultos jóvenes y en ancianos, aunque en estos habrá consonancia entre los síntomas y los condicionantes intrínsecos a su edad.

Desde el punto de vista de presentaciones diferenciales merece la pena reseñar dos cuadros. Se trata de la depresión de inicio tardío y de la depresión menor.

DEPRESIÓN DE INICIO TARDÍO.

A lo largo de diferentes estudios se ha ido distinguiendo entre una serie de procesos depresivos que han comenzado en edades tardías de aquellos que comenzaron en la edad adulta y cuyas recurrencias también pueden aparecer en edades tardías. Parecen ser procesos, etiopatogénicamente, distintos.

La depresión de inicio tardío suele tener menor carga genética (menos historia familiar de depresión), pero una mayor prevalencia de déficit cognitivos, recurrencias, comorbilidad médica y mortalidad (Agüera 1999). El estudio de neuroimagen de estos pacientes suele mostrar mayor grado de atrofia córtico-subcortical y un exceso de señales hiperintensas en sustancia blanca y ganglios basales (Cole, 1990) que serían indicativos de patología vascular cerebral, de ahí que a esta forma de depresión se conozca como depresión vascular (Cole, 1990) y tiene peor respuesta al tratamiento antidepresivo y peor evolución.

DEPRESIÓN MENOR.

Parece evidente, clínica y epidemiológicamente, que el número de pacientes con síntomas depresivos que no cumplen, estrictos, criterios de depresión mayor excede, claramente, del número de pacientes que cumplirían dichos criterios.

Estaríamos ante pacientes con síntomas atenuados, de menor intensidad o de menor duración de lo definido como depresión mayor. Aún así, estos síntomas interfieren en el rendimiento personal y en las funciones relacionales.

La depresión menor, como entidad clínica, es difícilmente encuadrable en las clasificaciones actuales y podría situarse dentro de la depresión breve o trastorno depresivo breve recurrente (incluye síntomas depresivos moderadamente graves que son coherentes con los criterios del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV, excepto por su duración) (Blazer, 2001),

remisión parcial o pródromos de depresión mayor, distimia, trastornos debidos a enfermedades somáticas o bien algunos de los antiguos diagnósticos CIE-9, como personalidad depresiva. En el apéndice de la última edición del DSM-IV ya aparece propuesto el diagnóstico de depresión menor.

Para ser diagnosticado de depresión menor el paciente ha de sufrir un trastorno de 2 o más semanas de duración con tres de los criterios de depresión mayor. Diversos estudios como el de Kivela (Barberger-Gateau, 1992) han encontrado en países nortueuropeos grupos de pacientes de edad avanzada incluíbles en criterios de depresión menor o distimia cuya sintomatología y niveles de incapacidad eran comparables con los de los pacientes afectos de depresión mayor.

Esta 4ª edición del DSM incluye categorías para el trastorno de estado de ánimo debido a un "trastorno médico general" o "debido al uso de sustancias". Estas dos categorías son especialmente relevantes para los pacientes geriátricos, cuyas alteraciones del estado de ánimo a menudo aparecen en el contexto de enfermedades neurológicas y médicas que requieren el uso de múltiples fármacos.

Aportaciones como el estudio de Umtzer (Fillenbaum, 1985) muestran que las formas menores de depresión son responsables de un mayor uso de recursos sanitarios.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO.

Aunque el síntoma nuclear de la depresión es el descenso del estado de ánimo, determinados pacientes, especialmente los geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más en sintomatología de la esfera física. No es raro que un anciano no se queje de tristeza o que impute sus respuestas emocionales a la edad y manifieste, prioritariamente, los síntomas de la esfera corporal. Todo esto trae como consecuencia que la depresión en el anciano no se detecte adecuadamente, se infradiagnostica (Agüera, 1999) y que con frecuencia estamos ante depresiones enmascaradas (Blazer, 2001).

No existe unanimidad en la literatura sobre si hay síntomas específicos y diferenciales en la depresión del anciano. En general, podemos decir que los síntomas son superponibles a los del adulto joven, con la salvedad hecha a la mayor frecuencia de aparición de síntomas somáticos que pueden obedecer a una expresión sintomática particular o al aumento de la intensidad o el sentimiento subjetivo de molestias reales subyacentes.

Los síntomas hipocondríacos aparecen en, aproximadamente, el 65 % de los ancianos con depresión (Koenig, 1997) y tienen relevancia ya que se han descrito como factor de riesgo para el suicidio (Agüera, 1999)

Las personas deprimidas de edad avanzada tienen más probabilidades que las jóvenes de presentar sintomatología psicótica (ideas delirantes del tipo de culpabilidad, nihilismo, persecución, celos) y melancólica. Así mismo, los sentimientos de culpa, la ideación suicida y el suicidio pueden vincularse a la depresión geriátrica en mayor medida (Ames, 2001).

Síntomas frecuentemente descritos son: presencia de síntomas psicomotores (agitación o enlentecimiento), alteraciones cognitivas, anorexia, pérdida de peso y alteraciones de la funcionalidad, lo que redundaría en tasas más elevadas de ingresos hospitalarios y en residencias de ancianos, morbilidad de trastornos médicos e incluso mortalidad.

También se ha considerado que los ancianos, como se indica más arriba, pueden tener mayor tendencia a presentar síntomas melancólicos (clásicamente asociados a la depresión endógena o melancólica), como: pérdida de placer en todas o casi todas las cosas, falta de reactividad a estímulos placenteros, empeoramiento matutino del humor deprimido, despertar precoz, alteraciones psicomotrices, anorexia significativa, pérdida de peso marcada, sentimientos de culpa excesivos o inapropiados.

Dentro de los síntomas de la esfera psicótica un caso particular es el síndrome de Cotard, caracterizado por la aparición de delirios de negación de existencia (o nihilistas) respecto del propio cuerpo, partes del mismo o la propia existencia. Se asocia con mayor ansiedad, propensión al suicidio y/o mutilaciones voluntarias, ideas hipocondríacas de no existencia o destrucción y sentimientos de culpa.

DEPRESIÓN GERIÁTRICA Y ALTERACIONES COGNITIVAS.

Una mención especial, dentro del análisis de la depresión en el anciano, merece la aparición de síntomas cognitivos en el curso de la misma.

Un alto porcentaje de pacientes deprimidos revelan alteraciones cognitivas (disminución de memoria, alteraciones de la concentración, disminución de atención) aunque su rendimiento puede ser, en apariencia normal. Esto hace que la depresión se presente en ancianos, a veces, como síntomas difícilmente distinguibles de la demencia. De otro lado, las demencias, tanto de inicio como avanzadas, pueden cursar de forma que los síntomas de predominio sean típicamente depresivos. Para complicar más las cosas, no hemos de olvidar que la mayoría de los ancianos pueden desarrollar cierto grado de deterioro intelectual sin necesidad de padecer demencia o depresión (Menchon, 2001).

Las alteraciones cognitivas descritas en ancianos deprimidos han sido trastornos de la atención, la concentración, del aprendizaje y, sobre todo, de la memoria. En general, se acepta que las alteraciones cognitivas en ancianos deprimidos remiten, de forma significativa, tras tratamiento con antidepresivos. No obstante la aparición de alteraciones cognitivas se asocia a mal pronóstico por recurrencia de la depresión.

Aunque la remisión de síntomas cognitivos es significativa no en todos los casos es completa. Ello ha llevado a suponer que en pacientes de edad avanzada pueden coexistir factores orgánicos que interfieran en la capacidad de recuperación. Estos factores orgánicos estarían en relación, entre otras causas, con lesiones vasculares que interfieran la capacidad de recuperación. Estaríamos ante uno de los casos encuadrables en la "depresión vascular" antes referida.

A veces como se ha comentado, en el curso de la depresión, los síntomas cognitivos son muy prominentes y nos plantean problemas de diagnóstico diferencial con la depresión. En estos casos se ha hablado clásicamente de pseudodemencia depresiva (término actualmente en desuso). Datos como la rápida evolución de los síntomas (rápida instauración del cuadro), aparición de disminución del nivel de interés por las cosas antes de que hayan aparecido alteraciones de la cognición, la conciencia y elaboración de quejas sobre los problemas mnésicos frente a la anosognosia propia del demente, antecedentes personales de depresión, preocupación del paciente por su estado, frecuentes respuestas del tipo "no lo sé" y, en general, buena respuesta a antidepresivos nos orientan a diferenciar la pseudodemencia de origen depresivo de la demencia verdadera.

LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO Y EL SUICIDIO.

En la edad avanzada el número de suicidios es desproporcionadamente alto con respecto a otras edades, si bien, desde el punto de vista epidemiológico, es patente que hay dificultades metodológicas para detectar correctamente el número de suicidios y de intentos de suicidio y muchos autores llaman la atención sobre este hecho y consideran que existe una subnotificación de estas situaciones (Branoh, 1987).

Aunque la vejez y la muerte son fenómenos cercanos en el tiempo la decisión de una persona de terminar libremente con su vida precisa de la influencia de factores psicopatológicos o de una situación desfavorable de tipo somático, familiar o social. La idea de autolisis es un síntoma presente en los cuadros depresivos y su exploración y el estado de alerta ante su sospecha, por parte del profesional, son vitales. En ancianos en los que depresión evoluciona desfavorablemente, con síntomas importantes, de alta intensidad y en los que, además, hay enfermedad física subyacente el potencial suicida es muy alto.

La conducta suicida es más frecuente en el anciano deprimido que en deprimidos de menor edad, también los intentos acaban en muerte con mayor frecuencia (1:4 en ancianos frente a 1:20 en deprimidos menores de 40 años).

En muchos países desarrollados (incluido España) la tasa de suicidios consumados ha aumentado de forma significativa en los últimos cincuenta años. En España la tasa oficial de suicidios consignados por el Instituto Nacional de Estadística sobrepasa el 6/100.000 (DeBettignies, 1989) si bien, como se ha comentado, puede que las cifras reales sean mayores. Varios estudios de investigación aportan tasas de suicidio entre 10 y 15 consumados/100.000 habitantes/año con una importante participación de suicidio geriátrico (Applegate, 1990). Según las cifras que obra en poder del Instituto Nacional de Estadística la proporción de suicidas por encima de 65 años se eleva al 39%.

Los métodos de suicidio elegidos por los ancianos españoles incluyen la suspensión, la precipitación y la inmersión. La sobre ingesta de sustancias es menos frecuentes en ancianos españoles que en otros países.

Entre los factores de riesgo para el suicidio se incluyen: antecedentes de tentativas previas, enfermedades físicas (sobre todo las que cursan con dolor), y, fundamentalmente, la presencia de un trastorno depresivo (presente en el 70-80 % de los ancianos que cometen intentos de suicidio). El sexo es un factor de riesgo importante, así, la tasa de suicidios en varones es mayor que en mujeres (2 a 4 veces según los países). Otros factores de riesgo son la situación de soledad (soltera, viuda, separado) y los factores sociales o socio familiares, por ejemplo abandonar el hogar familiar.

Existe evidencia de modificaciones neurobiológicas en personas que atentan contra su vida; se detectan en estas personas alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica. Se observa descenso en los niveles de ácido 5 H-indolacético y ácido homoválrico en líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidas deprimidos adultos (27,28) y ancianos (Calkins, 1991). Igualmente, hay reducciones de binding sites para 5 HT-2 en el cortex frontal de pacientes suicidas (Rubenstein, 1987), lo que sumado a la comprobada reducción de estos lugares en la edad senil (Iach, 1990), avanza una hipótesis que explicaría, al menos, la elevada prevalencia de estos actos en este segmento de edad.

El riesgo de muerte por suicidio en enfermos mayores se sitúa entre el 15 y 20 % y se ha descrito una mayor frecuencia en el año que sigue al comienzo del cuadro depresivo.

Los estadios de inicio de la demencia son un factor de riesgo que disminuye al progresar la enfermedad. El delirium, con su nivel fluctuante de conciencia y la presencia de sintomatología psicótica también ha sido asociado al riesgo de suicidio.

Aunque, de forma general, el suicidio en edades avanzadas es un acto impulsivo y difícil de predecir y aunque los familiares del anciano suelen comentar que éste no se ha mostrado de una forma distinta el día que comete una tentativa autolítica hemos de considerar la existencia de ciertos signos externos que o pueden servirnos como alarma.

Entre ellos, citar la mayor frecuencia de visitas al médico, cambios en testamento, modificaciones en disposiciones económicas, aumento de inquietud, cambios en la actitud religiosa. Hasta un 40 % de los ancianos que intentan suicidarse acuden al médico con una semana de anterioridad (Rossman, 1983, Williams, 1990) esto da una idea de la importancia de explorar el riesgo suicida en nuestros pacientes, interrogando sobre la presencia de ideas autolíticas, intencionalidad, planificación de actos o síntomas e incluso siendo perspicaces para valorar quejas somáticas atípicas o inhabituales.

Desde el punto de vista del manejo y la prevención ante posibles actitudes autolíticas han de adoptarse una serie de medidas generales, como informar a la familia cercana y al personal sanitario relacionado directamente con el paciente, retirar aquellos medios potencialmente accesibles y más letales, como arma de fuego o medicamentos (se ha comprobado que el acceso fácil a éstos incrementa notablemente el riesgo, especialmente en población de edad). Ha de valorarse, en cada caso, la necesidad o no de ingresar al paciente.

A continuación y de forma específica se aborda farmacológicamente, el caso de ancianos deprimidos, el problema. En este tipo de pacientes los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) aportan un perfil muy favorable, tanto por su actividad antidepresiva demostrada en pacientes geriátricos como por su acción específica en la reducción de la ideación suicida y por su seguridad en el caso de sobredosis.

CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS.

El diagnóstico del trastorno depresivo debe comenzar con una historia y una exploración concienzuda que incluya una valoración neurológica y del estado mental.

Habrán de revisarse de forma exhaustiva el consumo de fármacos y alcohol. En caso de pacientes con dificultades en la comunicación o demencia será de mucha utilidad la interacción con familiares o cuidadores y la valoración de los síntomas comunicados por éstos o el cambio de los síntomas en el tiempo (por ejemplo un paciente demenciado que deja de comer).

Las pruebas de laboratorio tienen un papel auxiliar en la evaluación del anciano con depresión, sin embargo se debe evaluar la función tiroidea en todos los casos nuevos, ya que no es raro encontrar que en el curso de una depresión estén discretamente descendidos los niveles de tiroxina y algo elevados los de hormona tirotrópica.

Como se ha indicado es importante destacar, de cara al diagnóstico, la presentación de la depresión en el anciano en forma de múltiples quejas somáticas.

El DSM IV ubica a la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. La encontramos en dos categorías: como episodio y como trastorno. En ambos casos quedan abolidas las finas delimitaciones cualitativas presentes en las descripciones clínicas de la Psiquiatría Clásica, poniéndose en primer plano las diferencias cuantitativas propias de un pragmatismo que elabora clasificaciones cuyo principal objetivo es la eficacia medicamentosa. Desde el Anafranil en 1958, y después toda la gama de

antidepresivos, terminaron por disolver la especificidad psiquiátrica de las depresiones.

Criterios Diagnósticos para Depresión Mayor (DSM IV, 2000)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; debiendo estar presentar necesariamente los 2 primeros criterios.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Respecto a este último criterio (E), vemos que el episodio depresivo puede responder tanto a lo que Kraepelin denominaba acceso melancólico hasta lo que hoy entendemos como un síntoma neurótico.

El cuarto dígito de la nomenclatura del Trastorno Depresivo Mayor ilustra este énfasis en lo cuantitativo, introduciéndose éste para dar cuenta de la gravedad del

episodio actual: se nombra 0 cuando el trastorno es leve; 1 cuando es moderado; 2 y 3 se diferencian por ausencia y presencia respectivamente de síntomas psicóticos. Otra particularidad de este cuarto dígito es que puede ir modificándose a lo largo de un mismo episodio según la observación en dos momentos diferentes del mismo. Así, esta serie de números crea la ilusión de una continuidad entre las diferentes categorías, ocultándose de esta manera las diferencias cualitativas que en realidad darían lugar a estructuras diversas. Nos encontramos con una modalidad clasificatoria muy cercana a la clínica sincrónica de Pinel y Esquirol, en la que la observación en el aquí y ahora de los síntomas presentes es lo que define el diagnóstico. Lejos estamos de la riqueza y profundidad de la clínica diacrónica, donde además de los síntomas positivos, se tenían en cuenta también los negativos, accesorios y secundarios; dando especial importancia a la evolución y el pronóstico, llegando así a un diagnóstico diferencial único, singular para cada caso.

El hilo conductor que pretende darle una coherencia a la categoría “Trastorno depresivo mayor” es la alteración del humor en sus diversos grados. Esto respondería a una necesidad pragmática relacionada con la administración de psicofármacos. Más allá del curso y el pronóstico, factores que para Kraepelin eran esenciales, lo único que importa aquí es si hay presencia o no de alteración del humor. En función de esto se prescriben o no antidepresivos. (DSM IV, 2000)

El DSM está fundado en el modelo de la medicina científica, pero a diferencia de ésta no describe enfermedades sino “trastornos”. Estos son entendidos de la siguiente manera:

“Síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica que aparece asociado a un malestar (por ejemplo dolor), a una discapacidad (por ejemplo deterioro de una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad...” (DSM IV, 2000)

Vemos así como las entidades clínicas fueron abandonadas y reemplazadas por esta noción de “trastorno”, en beneficio de una caracterización sintomática. Así, el

diagnóstico siempre es presuntivo, nunca definitivo, ya que puede ir variando en el tiempo, en tanto éste se hace a partir de los síntomas que el sujeto presenta sincrónicamente al momento de la evaluación clínica. Lo que resalta aquí es la similitud con el modelo médico, donde una persona puede pasar primero por una gripe y después caer en un trastorno digestivo. En el campo de la salud mental entonces, también se podría hacer un diagnóstico inicial de por ejemplo, un trastorno de la personalidad, y al cabo de un tiempo diagnosticar al mismo sujeto con un trastorno del estado de ánimo. Queda entonces evidenciado cómo en esta tradición de los humores, la noción del tiempo tiene una importancia fundamental, cuestión que puede rastrearse ya desde Hipócrates con su definición de melancolía.

Se suele recurrir al empleo de test de detección de la depresión como instrumentos de valoración útiles, sin embargo, hemos de tener en cuenta que son herramientas de detección selectiva y no deben suplir a la evaluación e interacción con el paciente y familiares.

Se expondrán algunas consideraciones sobre los tests y escalas más usados y que resulta de fácil aplicabilidad en cualquier medio (atención primaria, residencias, consultas, etc).

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE.

Es de la más usada en el cribado de depresión en pacientes mayores. Consiste en un cuestionario de preguntas de respuesta si/no. Se valora con un punto tanto las respuestas afirmativas para síntomas negativos como las respuestas negativas para situaciones de normalidad. Existen dos versiones, una completa que consta de 30 ítems y una versión reducida con 15 ítems. En la versión reducida puntuaciones por encima de 5 deben hacer pensar en la posible existencia de depresión. Puntuaciones de 10 o más son muy sugerentes de proceso depresivo establecido.

CURSO Y PRONÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.

En la mayoría de los estudios de seguimiento de la depresión en ancianos podemos observar como ésta sigue "la regla de los tercios". Un tercio de los pacientes mejoran y siguen mejor. Un tercio mejoran pero recaen y un tercio no mejoran o lo hacen marginalmente. Estas cifras coinciden con lo recogido en los trabajos de Cole (Cole, 1989).

La depresión en el anciano se encuentra asociada a aumento de la mortalidad y se consideran factores ensombrecedores del pronóstico: coexistencia con enfermedades orgánicas, trastornos distímicos subyacentes, acontecimientos vitales desencadenantes de carácter grave y presencia de deterioro cognitivo. Los factores psicosociales no se han podido asociar claramente a un pronóstico por la disparidad de resultados y el pequeño tamaño muestral de la mayoría de los estudios.

Un mejor pronóstico de la depresión se asocia a aparición de la enfermedad antes de los 70 años, corta duración del episodio, buen ajuste premórbido, ausencia de enfermedad física incapacitante y buena recuperación tras episodios previos (Aguera, 1999).

La evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente geriátrico, para muchos, es la parte principal y la más importante. Se entiende por funcionalidad como la capacidad del sujeto de realizar las actividades de la vida diaria. La presencia del compromiso funcional prácticamente no existe en los jóvenes; en cambio el compromiso de la funcionalidad en la persona mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más (Yesavage, 1983).

La alteración funcional puede ser un "marcador" del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado. También resulta útil como indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o

problemas comunes de este grupo etáreo. Dado que la población adulta mayor se encuentra en rápido crecimiento es importante conocer el impacto de los problemas de salud en su funcionalidad para mejorar su calidad de vida y reducir los costos de cuidado y atención; por ello es importante encontrar los factores que pueden relacionarse a la limitación funcional, ya que con esta información se podrán realizar políticas para identificar y tratar estas condiciones (Lázaro, 2000, Yesavage, 1983, Radlof, 1992).

Para realizar la evaluación funcional, es necesario la utilización de escalas; estas son las de Actividades de la Vida Diaria (AVD), definida como un conjunto de acciones que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia cotidiana, para vivir en forma autónoma e integrada en un medio ambiente y cumplir con su papel social. Se agrupan en tres categorías: actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD) de la vida diaria (UCLA, 1988, Applegate, 1990).

En nuestro medio se han realizado varios trabajos sobre funcionalidad. En el año 2003, el Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia realizó el estudio “Valoración Geriátrica Integral en Adultos Mayores Hospitalizados a Nivel Nacional”, este trabajo incluía como parte la valoración geriátrica, la evaluación funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), es decir, el conjunto de actividades primarias que permiten a la persona movilidad, autocuidado y autonomía; usándose para este trabajo la escala de Katz (Chu, 1990, Sandoval, 1988; Hardy, 1999, Varela, 2000; Villar, 2000; Alva2001, Varela, 2004).

CATEGORIAS DE FUNCIÓN FÍSICA.

La función física la podemos dividir en:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Son aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado: comer, vestirse, moverse, asearse, bañarse y continencia de esfínteres.

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Son más complejas que las ABVD, son actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente a su medio ambiente, como: escribir, leer, cocinar, limpiar, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar la medicación y el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de la casa, usar el transporte público y salir fuera de su entorno local.

- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). No son indispensables para una vida independiente. Su capacidad de ejecución revela un elevado nivel de función física. Entre estas actividades se incluyen la realización de viajes, participación en grupos sociales o religiosos, practicar algunos hobbies ó deportes.

PREVALENCIA DE INCAPACIDAD FUNCIONAL.

La mayoría de los ancianos que no residen en una institución son funcionalmente independientes, disminuyendo la proporción a medida que aumenta la edad (Barberger-Gateau, 1992) El número de ancianos que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria se duplica con cada década hasta la edad de los 84 años, triplicándose entre los 85 y 94 años (Fillenbaum , 1985; Katz, 1983).

En personas mayores de 75 años, la restricción de su actividad es dos veces más común que entre las personas de 45-64 años (Speotor, 1987).

La proporción de ancianos que viven en su domicilio dependientes para las ABVD es, entre 65-74 años de un 5%, entre 75-79 años de un 10%, entre 80-84 años de un 20% y más de un tercio en mayores de 84 años, siendo un 18% dependientes en al menos tres de las seis ABVD (UCLA, 1988) (baño, vestido, uso de retrete, movilización, continencia y alimentación).

Los ancianos que viven en su domicilio presentan más frecuentemente dependencias sólo en AIVD que en éstas y en ABVD. La proporción de ancianos dependientes en AIVD aumenta también con la edad, siendo entre 65-69 años de un 10%, entre 75-79 de un 20%, entre 80-89 años de un 30%” (Speotor, 1987).

Existen numerosos instrumentos de medición. Debemos usar aquél que sea más válido (grado en que mide la capacidad de un individuo para realizar ABVD de forma independiente), fiable (capacidad de reproducir los mismos resultados en un individuo en un momento dado, en diferentes mediciones), y sensible al cambio según las circunstancias donde lo apliquemos (población estudiada y entorno), el propósito y el objetivo de su aplicación (Branoh, 1987; DeBettignies, 1989; Applegate, 1990; Donaldson, 1973; Guyatt, 1987).

INCAPACIDAD FUNCIONAL:

Con frecuencia los médicos subestiman o no reconocen las incapacidades de sus pacientes, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario, incluso más en este último medio (Branoh, 1987), se produce la llamada “exposición en iceberg” de la incapacidad no reconocida (DeBettignies, 1989).

Los esfuerzos realizados, van encaminados a ofrecer cuidados de soporte en vez de intentar restablecer la función hasta el máximo que sea posible, evitando la incapacidad crónica mediante un plan diagnóstico y terapéutico adecuado (DeBettignies, 1989; Applegate, 1990; Rubenstein, 1990)

Identificar y tratar los problemas para conseguir la mayor independencia posible, genera medidas menos costosas y más “saludables” que los cuidados institucionales a largo plazo. Por lo que, preservar y restaurar la función y capacidad física en el anciano es tan importante como tratar la enfermedad.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

Para medir las ABVD existen numerosas escalas, algunas de ellas se muestran mas adelante. (Donaldson, 1973; Guyatt, 1987; Kane, 1989).

Índice de Barthel

Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja

Índice de Katz

Escala de Evaluación de Autocuidado de Kenny

Escala de PACE II

Escala de la Universidad de Duke

Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia

Escala de Salud Física

7. Metodología

Diseño de investigación

Se aplicara un diseño descriptivo, transversal y retrospectivo.

Este estudio utiliza metodología cuantitativa, a través de entrevistas semiestructuradas a informantes claves.

La presente investigación puede ser definida como descriptiva una vez que se tiene un objetivo principal que es la descripción de algo y relatar como ocurren ciertos fenómenos o como se comporta una determinada variable en una determinada situación.

Para determinar el diagnóstico de Depresión Mayor se utilizarán los criterios del DSM-IV.

Población y procedimiento muestral

Población: El universo de los pacientes está conformada por todos los pacientes que son manejados en la Atención de Consultorio Externo de Geriatria del Hospital Arzobispo Loayza, en el período comprendido de Enero del 2008 al 31 de Mayo del 2008.

Tipo de entrevista: Entrevistas personales.

Instrumento de recolección de datos: Cuestionario estructurado, a partir de preguntas abiertas, cerradas y escalas de opinión.

Informante: Usuarios del consultorio externo de Geriátría del Hospital Arzobispo Loayza.

Número de entrevistas: 132

Área geográfica: Área de atención del Hospital Arzobispo Loayza, Lima

Criterios de Selección:

- Pacientes mayores de 60 años que acuden al consultorio de Geriatria.
- Pacientes con Valoración Geriátrica Integral que aceptan participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no pueden completar la valoración geriátrica integral.
- Pacientes con deterioro cognitivo que no completen la evaluación.

Instrumentos:

- a. Ficha de recolección de datos. Se confecciona una ficha especialmente para el presente estudio. Consta de las siguientes partes: datos generales de filiación, características epidemiológicas y una Valoración Geriátrica, la cual incluyo las siguientes esferas:
 - i. Evaluación clínica.
 - ii. Evaluación cognitiva.
 - iii. Evaluación social.
 - iv. Evaluación funcional.
- b. De la historia clínica seleccionada, se obtendremos la información requerida para el llenado de la ficha de recolección.

- c. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - American Psychiatric Association 2000)

Por lo que se ha diseñado una ficha de recolección de datos (Anexo 1) la cual será usada para consignar los datos. La ficha se aplicará a las historias clínicas de los pacientes.

El estudio original constó de 132 pacientes; se registró la funcionalidad dos semanas previas a la consulta externa en todos ellos. Se usó el índice de las actividades básicas de la vida diaria de Katz, que evalúa 6 actividades básicas de la vida diaria, las cuales son: bañarse, vestirse, usar el inodoro, levantarse, continencia y alimentación.

Se consideró el resultado de Katz A como autonomía funcional; los resultados entre Katz B y Katz F como dependencia funcional parcial y el resultado de Katz G como dependencia funcional total. Para este trabajo se comparó los resultados de la funcionalidad con las variables socio-demográficas y los principales síndromes y problemas geriátricos que fueron: edad, sexo, comorbilidad, evaluación social.

Para realizar la valoración cognitiva se usó el Cuestionario de Salud Mental de Pfeiffer.

La valoración afectiva se realizó mediante la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage reducida (15 ítems).

Para el diagnóstico de Depresión Mayor se utilizó los criterios de DSM-IV.

La valoración social fue hecha con la escala de valoración socio familiar modificada (Sheikh, 1986, Diaz, 1994).

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La técnica utilizada fue la encuesta directa de la historia clínica.

Los datos fueron recolectados por un encuestador capacitado en el manejo y procedimiento de aplicación de la encuesta, y ajeno al servicio.

Procedimiento de Recolección de datos:

- a. Primero obtendremos la información de las historias clínicas seleccionadas de los pacientes con valoración Geriátrica Integral.
- b. De los pacientes con puntajes sugestivos de depresión obtenidos en la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage, se definirá el diagnóstico de Depresión utilizando los criterios del DSM-IV
- c. La población de acuerdo a lo expuesto, serán el total de pacientes a los que se les realizó la Valoración Geriátrica en Consulta Externa de Geriatria del Hospital Arzobispo Loayza, durante el periodo de estudio.

PLAN DE ANÁLISIS

Procesamiento de la información:

Las base de datos obtenida en Microsoft Office Excel 2000, fueron posteriormente transformadas y procesadas en el paquete estadístico SPSS vs 12. Previo al análisis se realizó un control de la base de datos a fin de detectar y eliminar valores fuera del rango previsto (outliers).

Plan de análisis:

El análisis estadístico se realizó en el programa estadístico SPSS 12. Se uso las pruebas de Chi-cuadrado para la comparación entre variables categóricas, el T-test para comparar una variable continua con una dicotómica y análisis de varianza para la comparación de variables continuas con variables con más de dos categorías. Se consideró como diferencia estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

8. Resultados

Características de Edad (años)

Edad	Datos estadísticos
Media	75.05
Mediana	76
Desviación standard	7.93
Mínimo	61
Máximo	102

Fuente: Datos obtenido del trabajo

De los 132 pacientes estudiados, los cuales tuvieron una edad entre los 61 y 102 años, la edad media de la población fue de 75.05 +/- 7.93 años.

Distribución Según Sexo

Sexo	Nº	%
Femenino	65	49.2
Masculino	67	50.8
Total	132	100.00

Fuente: Datos obtenidos del trabajo

De los pacientes evaluados 67 fueron varones (49.2%) y 65 (50.8%) fueron mujeres, sin diferencias estadísticas significativas.

Distribución según Riesgo Social

Riesgo Social	Pacientes	%
Situación social aceptable	50	37.8
Existe riesgo social	74	56.1
Existe problema social	8	6.1
Total	132	100.0

Fuente: Datos obtenido del trabajo

La existencia de riesgo social se evidencio en 56.1%, problema social en 8 pacientes 6.1%, y situación social aceptable en 37.8 %.

Distribución según Depresión (DSM-IV)

Depresión	Pacientes	%
No	127	96.2
Si	5	3.8
Total	132	100.0

Fuente: Datos obtenido del trabajo

Depresión se observo en 5 pacientes, (3.8 %), no hubo diferencias en la presentación de la depresión por sexo (masculino fue de 3 y femenino en 2).

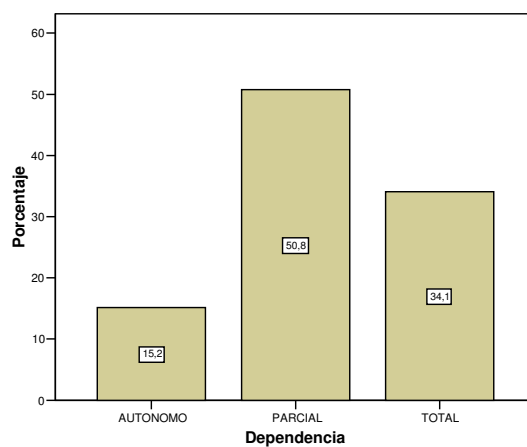
Distribución según Condición de Dependencia

Dependencia	Pacientes	%
Autónomo	20	15.2
Dependencia Parcial	67	50.8
Dependencia Total	45	34.0
Total Casos	132	100

Fuente: Datos obtenido del trabajo

De acuerdo a la condición de dependencia de los pacientes evaluados se evidencio: autonomía en 20 (15.2%), dependencia parcial en 67 (50.8%), y dependencia total en 45 (34.0 %).

Segun condicion de Dependencia - Hospital Loayza



Distribución según Deterioro Cognitivo

Deterioro Cognitivo	Pacientes	%
Normal	88	66.7
Leve – moderado	30	22.7
Severo	14	10.6
Total	132	100.0

Fuente: Datos obtenido del trabajo

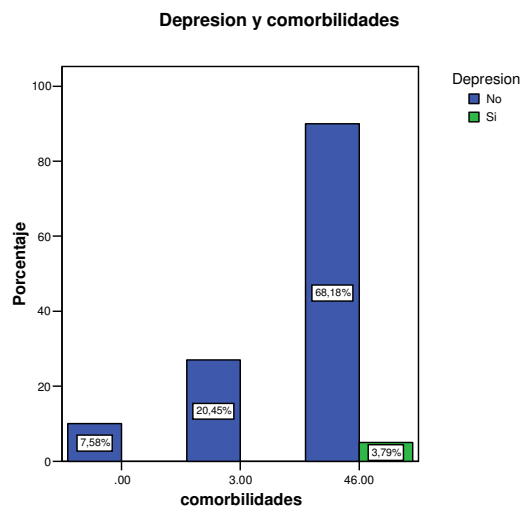
El deterioro cognitivo se observó en 44 (33.3%) (Leve: 22.7 %, severo: en 10.6 %).

Distribución según Comorbilidades

Comorbilidades	Depresión		%
	Si	no	
Sin comorbilidades	0	10	7.6
1 -3 comorbilidades	0	27	20.4
4 – 6 comorbilidades	5	90	72.0
Total	5	132	100.0
p	< 0.005		

Fuente: Datos obtenido del trabajo

La asociación entre el grupo de Depresión y Comorbilidades, al final del estudio, se evidencia que a mayor número de comorbilidades hay mayor riesgo de depresión, se encontró una asociación estadísticamente significativa



Distribución según Escala de Depresión (Yesavage) y Estado Funcional

Dependencia funcional	Yesavage		%
	0 – 5 puntos	> 5 puntos	
Sin dependencia funcional	13	2	11.4
Dependencia parcial	48	20	50.7
Dependencia total	18	31	37.9
Total	79	53	100.0

Fuente: Datos obtenido del trabajo

Del total de pacientes evaluados, 53 (40%) presentaron puntajes sugerentes de Depresión (> de 5 puntos) en la escala de Yesavage.

Distribución según Depresión (DSM-IV) y Estado Funcional

Funcionalidad (Katz)	Depresión (DSM-IV)		%
	Si	No	
A	0	15	11.4
B	1	11	8.3
C	0	8	6.1
D	0	12	9.1
E	1	18	14.3
F	1	16	12.9
G	2	47	37.9
TOTAL	5	127	100

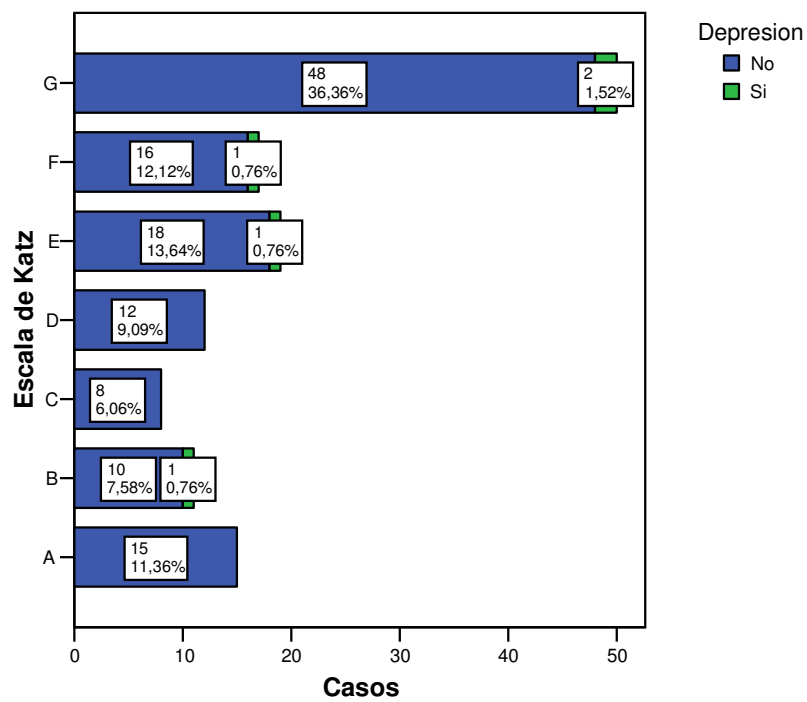
Fuente: Datos obtenido del trabajo

Dependencia funcional	Depresión		%
	si	No	
Sin dependencia funcional	0	15	11.4
Dependencia parcial	3	65	50.7
Dependencia total	2	47	37.9
Total	5	127	100.0
P	0.004		

Fuente: Datos obtenido del trabajo

La relación entre **Depresión (DSM-IV)** y **Dependencia Funcional** se da: con dependencia funcional parcial en 3 casos (2.28%) y en dependencia total 2 (1.52%).

Depresion y dependencia funcional (Katz)



9. Discusión

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados donde alcanza el 12 a 15% de la población general, sino también en países en vías de desarrollo. Trabajos de proyección de crecimiento poblacional realizados en el Perú muestran que representan el 7,4% de la población y un crecimiento de dicho grupo a 12% para el año 2025 (Naciones Unidas, 1985, INEI, 1995).

La evaluación funcional como parte de la valoración integral del paciente geriátrico, para muchos, es la parte principal y la más importante. Se entiende por funcionalidad como la capacidad del sujeto de realizar las actividades de la vida diaria. La presencia del compromiso funcional prácticamente no existe en los jóvenes; en cambio el compromiso de la funcionalidad en la persona mayor de 65 años puede estar presente en el 5% y en mayores de 80 años hasta en 50% o más (Varela, 2003). La alteración funcional puede ser un “marcador” del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente permitiendo de esta manera su reconocimiento, establecer un diagnóstico, pronóstico, una intervención y tipo de cuidado. También resulta útil como indicador de severidad de enfermedad debido a que mide la capacidad de independencia, la cual usualmente se pierde fácilmente con las enfermedades o problemas comunes de este grupo etáreo. Dado que la población adulta mayor se encuentra en rápido crecimiento es importante conocer el impacto de los problemas de salud en su funcionalidad para mejorar su calidad de vida y reducir los costos de cuidado y atención; por ello es importante encontrar los factores que pueden relacionarse a la limitación funcional, ya que con esta información se podrán realizar políticas para identificar y tratar estas condiciones (Varela, 2003, Hazzard, 1999, Dunlop, 2002).

La depresión en geriatría es a menudo una enfermedad comórbida junto a desórdenes vasculares y otras patologías, por lo que se debe hacer una evaluación minuciosa para detectar esta patología, y por las características de presentación en ancianos no cumple con todos los criterios de DSM-IV para depresión mayor, a pesar que en los test de cribado o de screening la proporción de pacientes con puntajes sugerentes de depresión son mayores, lo que estaría de acuerdo con lo propuesto a la actualidad de un síndrome depresivo y que se refleja en los resultados de nuestro estudio.

La evaluación de la capacidad funcional es el centro de la valoración del adulto mayor, siendo a veces su compromiso la única manifestación de una enfermedad subyacente, además es uno de los principales determinantes de su calidad de vida. Desde el punto de vista económico, los costos hospitalarios son más altos en pacientes dependientes, y representan mayor frecuencia de compromiso; similar a lo expuesto por Katz (Katz, 1963) al formular el diseño de su instrumento; en donde las actividades más complejas se comprometen de manera temprana y cuando se recuperan se realizan inicialmente a través de las más simples.

Se encontró también que la prevalencia de este problema aumenta con la edad, resultado que coincide con estudios previos donde se observa que la edad cronológica es uno de los factores más importantes de deterioro funcional, con un incremento en el riesgo relativo de 2,0 por cada 10 años (Varela, 2003).

La funcionalidad estuvo asociada a la situación social, probablemente se deba a que una mejor situación socioeconómica posibilita la prevención, el cuidado y un mejor tratamiento de las condiciones de fondo que ocasionan el deterioro funcional, a la vez la familia cuenta con mayores recursos para la rehabilitación. Según series extranjeras esta variable presenta una asociación fuerte en estudios longitudinales y transversales (Guralnik, 1993, Boulton, 1994).

La relación encontrada entre funcionalidad y depresión puede deberse a que esta última al causar desinterés y anhedonia disminuya las actividades que el paciente realiza. También es posible que la limitación funcional previa cause el estado depresivo. En otros estudios se encuentra también esta asociación (Gallo, 1997, Pennix, 1997).

Se requieren nuevos estudios con seguimiento y comunitarios, para esclarecer los factores precipitantes y etiológicos en el deterioro de la funcionalidad así como para conocer su impacto en la calidad de vida de los adultos mayores de nuestra población. Esta es una tarea importante para desarrollar programas de promoción y prevención de la salud en busca de alcanzar un envejecimiento saludable y activo (Varela, 2003, Cobbs, 2003).

Comorbilidad y depresión

Encontramos una asociación entre comorbilidad y depresión, que es corroborado por otros estudios. La depresión coexiste con enfermedades físicas que han mostrado aumentar los niveles de discapacidad funcional, aumentar el uso de recursos en salud, y reducir la efectividad de la rehabilitación en los pacientes más añosos. En los más ancianos con deterioro de la visión, la depresión está más fuertemente asociada con la discapacidad que con el grado de pérdida de la visión o con la sobrecarga médica.

La comorbilidad suele ser la norma entre los sujetos con depresión y es además un factor asociado al riesgo de recurrencia (Kessler, 1995 en Kessler, 2002). La presencia de otra enfermedad comórbida, sea psiquiátrica o médica afecta negativamente el pronóstico. Algunas de las enfermedades comórbidas más importantes son: las enfermedades neurológicas, los trastornos de ansiedad, el abuso de sustancias, los trastornos de personalidad y enfermedades físicas como infarto del miocardio, hipertensión y diabetes (Boland y Keller, 2002).

Sexo y Depresión

En nuestro estudio no se halló una prevalencia de sexo en la depresión, a diferencia de otros estudios que manifiestan que, uno de los hallazgos más consistentes dentro de la epidemiología de la psiquiatría es que la mujer padece, con mayor frecuencia que los hombres, todos los tipos de depresión.

El aumento de depresión se ha observado en las mujeres en la evolución de la menopausia ya sea natural o quirúrgica y en respuesta a la terapia antiestrogénica del cáncer de mama. Los síntomas atribuidos a la menopausia incluyen ánimo depresivo, disminución de la confianza en sí misma, dificultad en tomar decisiones, ansiedad, insomnio, fatiga, problemas en la memoria y en la concentración y disminución de la libido. El reemplazo hormonal se ha asociado con la mejoría en la calidad de vida, pero estos datos son aún preliminares. No hay evidencia que sostenga los efectos antidepresivos de los andrógenos, como la testosterona o la dehidroepiandrosterona, tanto en el hombre como en la mujer.

Los datos demuestran que longitudinalmente los síntomas de depresión en los ancianos ambulatorios están asociados con un incremento de las visitas al médico y mayor uso de medicación, mayor cantidad de visitas a la emergencia, y aumento de la carga asistencial. Por todo esto los costos médicos de los pacientes depresivos son significativamente mayores que los costos de los pacientes no deprimidos.

Recientemente se han analizado datos de 1987 del servicio médico nacional de EE.UU. que mostró que más del 55% de las personas ancianas que usaron cuidados de salud mental recibieron estos cuidados por el médico de atención primaria. En contraste menos del 3% de los > de 65 años reportaron haber recibido tratamiento ambulatorio por profesionales de la salud mental, una proporción menor que al de cualquier otro grupo Tozani.

Los ancianos se verán muy beneficiados si los médicos de atención primaria aumentan su capacidad para detectar y tratar la depresión.

Estudios recientes han reforzado la asociación de suicidio con depresión mayor, especialmente en los ancianos. En los ancianos con depresión unipolar de comienzo tardío, es característico que se produzcan suicidios. Esto sin embargo es poco probable en las personas que han tenido una correcta evaluación, seguimiento y tratamiento de su depresión.

Desde 1980 a 1992 la frecuencia de suicidios en ancianos aumentó 9% en EE.UU. Más llamativo fue el aumento del 35% entre los ancianos de 80 a 84 años. La frecuencia del suicidio entre los viejos mas viejos (aquellos > de 85años) es 6 veces mayor que en la población general e implica un problema de salud pública.

La falla para reconocer y tratar la depresión en aquellos pacientes no fue causada por la restricción del acceso a los cuidados. La mayoría de estas víctimas fueron vistas por un médico de atención primaria en el último mes de sus vidas y el 39% en la última semana.

La detección y el tratamiento de la depresión por el médico de atención primaria puede ser mejorada por intervenciones educativas incluyendo desarrollo y distribución de materiales, lecturas y casos clínicos. Luego de un programa en una ciudad sueca disminuyó la tasa de suicidios en esa ciudad pero no en el resto de Suecia. A pesar de que este estudio no fue controlado resulta alentador. La intervención fue específica para reducir la proporción de depresión relacionada con suicidio; esta disminuyó del 50% al 12%. Mejoró el tratamiento de la depresión por el médico de atención primaria. Esto se reflejó en que disminuyeron los días de internación de los pacientes internados por depresión y aumentaron las prescripciones de antidepresivos; también hubo una disminución en el uso de los tranquilizantes mayores e hipnóticos, ambos inapropiados para el tratamiento de la depresión.

Queda claro en todos aquellos que se refieran a la depresión en la tercera edad, que éste es un problema mayor de salud pública. Esta enfermedad causa mucha morbilidad y también aumenta la mortalidad de los que la padecen, genera mucho sufrimiento en la gente a la que no se le realizó un adecuado diagnóstico o está subtratada, y genera también pesar en las familias e instituciones que proveen cuidados a los ancianos.

Los síntomas que produce la depresión en los ancianos suelen ser tan insidiosos que muchas veces los médicos no la pueden reconocer en el contexto de múltiples problemas físicos. Dada la prevalencia de enfermedades crónicas tan características que este grupo padece y los problemas económicos que los afectan no solo en nuestro país, muchos médicos toman como una consecuencia normal la depresión a esta edad, como una actitud que presentan los pacientes. Estos factores conspiran contra el diagnóstico y por ende pueden llevar a un tratamiento incorrecto.

La depresión mayor aumenta la utilización de recursos médicos y aumenta los costos en salud (Varela, 2003). Estudios recientes han reforzado la asociación de suicidio con depresión mayor, especialmente en los ancianos. A pesar de que las enfermedades físicas han sido consideradas como un factor de riesgo para el suicidio en la tercera edad, no hay datos concluyentes recolectados en forma apropiada que sostengan esta conclusión.

La esfera y responsabilidad del médico de atención primaria está siendo expandida y redefinida en el sistema de salud. Cada vez es mayor su responsabilidad en el diagnóstico, tratamiento, y manejo a largo plazo de problemas prevalentes, incluyendo los cuidados de los desórdenes mentales en los pacientes más ancianos.

El reconocimiento temprano de la depresión en los ancianos por parte del médico de familia permite realizar el tratamiento adecuado oportunamente y de esta manera mejorar la calidad de vida, prevenir el sufrimiento que esta enfermedad genera y mantener niveles óptimos de funcionalidad e independencia de los ancianos.

10. Conclusiones

1. Se encontró una prevalencia de incapacidad funcional en 2.4% y de depresión en 3.8% en pacientes que son manejados en el Consultorio externo del Hospital Arzobispo Loayza en el periodo de estudio.
2. A mayor número de comorbilidades se evidencia mayor presencia de depresión.
3. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre incapacidad funcional y depresión en el grupo de estudio.
4. Hubo una dependencia total de los pacientes en 34 %, y dependencia parcial en el 50.8%.
5. Deterioro mental se evidencio en 33.6 %
6. La depresión es una enfermedad muy prevalente, que suele presentarse en comorbilidad.

11. Recomendaciones

1. Seguir con este tipo de estudios en otro tipo de diseño, ya sea con casos de deterioro funcional y/o depresión solos, en el Consultorio externo del Hospital Arzobispo Loayza.
2. Se recomienda seguir con los estudios sobre la utilidad de los modelos a fin de poder reunirlos en una serie más grande de casos y realizar comparaciones con otros centros nacionales e internacionales.
3. Se sugiere contar con un equipo de Rehabilitación, teniendo en cuenta el beneficio de un grupo grande de pacientes.

12. Bibliografía

- 1) Agüera L, Hernán I. Psiquiatría Geriátrica en Tratado de Psiquiatría 1999; 52:907-14.
- 2) Alarcón MT, González Montalvo JI, Salgado A. Valoración ifuncional del paciente anciano. En: Salgado A, Alarcón MT, editores. Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson, 1993: 47-72.
- 3) Alva J. Evaluacion geriátrica integral en pacientes hospitalizados y ambulatorios del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins: Morbilidad y problemas asociados. Tesis para grado de Especialista en Medicina Interna. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2001.
- 4) Ames D. Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes. Int J Geriatr Psychiat 1991; 6:347-54
- 5) Applegate WB, Blass JI', Williams TE. Instruments far the flinotional assessment ofolder patients. N Engí J Med 1990; 322: 1207-14.
- 6) Barberger-Gateau P, Chaslerie A, Dartigues JIF, Commenges D, Gagnon M, Salamon R.Health measures correlates in a french elderly community population: the PAQUID study. JGerontol Sao Sci 1992; 47: S88-S95.
- 7) Baztán JJ, González Montalvo JI, Del Ser I. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser T, Peña-Casanova J, editores. Evaluaoión neuropsicológioa y ifuncional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous S.A, 1994: 137-64.
- 8) Blazer DG. Trastornos Psiquiátricos. Depresión en Manual Merckk de Geriatria 2001;33:310-319.
- 9) Boulton Ch, Kane RL, Louis TA, Boulton L, McCaffrey D. Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. J Gerontol Med Sci 1994; 49: 28-36.
- 10) Branoh LO, Meyers AR. Assessing physical thnotation in the elderly. Clin Oeriatr Mcd 1987; 3:29-51.
- 11) Bruce ML, Leaf PJ. Psychiatric disorders and 15 month mortality in a community sample of older adults. Am J Public Health 1989; 79:727-30.

- 12) Calkins DR, Rubenstein LV, Cleary PD, Davies AR, Brook RH, Delbanco Th. Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patients. *Ann Intern Med* 1991; 114: 451-4.
- 13) Chu M. Salud y autonomía en relación al medio circundante de la población de 65 años y más en Lima y Cuzco. Tesis para grado de Magister. Lima, Peru. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 1990.
- 14) Cobbs EL, Duthie EH. *Geriatrics Review Syllabus: a core curriculum in geriatric medicine*. Fifth Edition. Malden, MA: Blackwell Publish; 2003.
- 15) Cole MG. The pronognosis of depression in the elderl.y. *Can Med Assoc J* 1990; 143:633-640.
- 16) DeBettignies BH, Mahurin RK. Assessment of independent living skills in geriatric populations. *Clin Oeriatr Mcd* 1989; 5: 461-75.
- 17) Díaz M, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio-familiar en atención primaria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 1994; 29(4):239-45.
- 18) Donaldson SW, Wagner CC, Greshani GE. A unified ADL evaluation form. *Arch Phys Med Rehabil* 1973; 54: 175-85.
- 19) Donaldson SW, Wagner CC, Greshani GE. A unified ADL evaluation form. *Arch Phys Med Rehabil* 1973; 54: 175-85.
- 20) DSM IV, MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (American Psychiatric Association) Trastornos del estado de ánimo, 2000, p. 333.
- 21) DSM IV, MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES (American Psychiatric Association) Introducción, 2000, p.21.
- 22) Dunlop D, Manheim L, Sohn M. Incidence of functional limitation in older adults: The impact of gender, race, and chronic conditions. *Arch Phys Med Rehab* 2002; 83: 964-971.
- 23) Fillenbaum GO. Screening the elderly a brief instrumental activities of daily living measure. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33: 698-706.

- 24) Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc* 1997; 43: 603-609.
- 25) Guralnik JM, LaCroix AZ, Abbot RD. Maintaining mobility in late life I. Demographic characteristics and chronic conditions. *Am J Epidemiol* 1993; 137: 845-857.
- 26) Guyatt O, Walter S, Norman O. Measuring change over time: assessing the usefulness of evaluative instruments. *J Chron Dis* 1987; 40:171-8.
- 27) Hardy G. Estudio comparativo de funcionalidad en una serie de pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. Tesis para grado de Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1999.
- 28) Harper RG, Kotik-Harper D, Kirby H. Psychometric assessment of depression in an elderly general medical population : over or underassessment?. *J Geriatr Dis* 1990; 178:113-9.
- 29) Hazzard W, Reubin A. Principles of geriatric medicine and gerontology. McGraw Hill; 1999: 1535-1546.
- 30) Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perfil sociodemográfico de la tercera edad. Lima Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática;1995.
- 31) Kane RL, Ouslander JO, Abrass IB, editores. Evaluating the elderly patient. Essentials of clinical geriatrics. New York: McGraw-Hill, 1989: 47-78.).
- 32) Katona CLE. Depression in Old Age. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
- 33) Katz S. Assessing self-maintenance: activities of living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 721-7.
- 34) Katz S, Ford A, Moskowitz R, Studies of illness in the Aged. *JAMA* 1963; 185 (12):94-99.
- 35) Koenig HG, Blumenthal J, Moore K. New version of brief depression scale (letter). *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:1447.
- 36) Koenig HG, George LK, Peterson BL, Pieper CF. Depression in medical ill Hospitalized Older Adults : Prevalence, Characteristics, and Course of

- Symptoms According to Six Diagnostic Schemes. *Am J Psychiatr* 1997; 154(10):1376-83.
- 37) Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM, Drickamer MA, Marottoli RA., Pannilí FC et al. A simple procedure for general screening for functional disability in the elderly patients. *Ann InternMed* 1990; 112: 699-706.
 - 38) Lázaro M. Indicadores sanitarios. En *Geriatría XXI, análisis de necesidades y recursos en la atención a las personas mayores en España*. Sociedad Española de Geriatría 2000; 3: 97-98.
 - 39) Lyness JM, Cox C, Curry J, Conwell Y, King DA, Caine ED. Older age and underreporting of depressive disorder. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:216-21.
 - 40) Menchón JM, Crespo JM, Antón JJ. Depresión en ancianos en Curso de Formación Continuada en Geriatría 2001; 3: 4-12.
 - 41) Monforte JA, Fernández C, Díez J. La depresión en el anciano que vive en residencias. *Em Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33:13-20.
 - 42) Naciones Unidas. Documento Introductorio de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento: Consideraciones Demográficas. Viena: Naciones Unidas - Asamblea sobre envejecimiento; 1982.
 - 43) Penninx, BW, Guralnik JM, Ferruci L, Simonsick EM, Deeg, DJ, Wallace RB. Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons. *JAMA* 1998; 279: 1720-1726.
 - 44) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23 (2): 39-41.
 - 45) Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measure* 1992; 7:343-51.
 - 46) Rojano P, Calcedo A, Lozano R, et al. Influencia de los factores psicosociales en los trastornos depresivos en una residencia geriátrica. *Em Psiquiatr* 1992; 8(6):199-204.
 - 47) Rossman L. Comprehensive functional assessment: a commentary. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 763-5.

- 48) Rubenstein LZ. Assessment instruments. En: Abrams liB, Berkow R, editores. The Merck Manual of Geriatrics. Rahway: Merck Shaw - Dahme Research Laboratories, 1990: 1189-200
- 49) Rubenstein LZ. Expasing the iceberg of unrecognized disability. The beneflts offfunctional assessrment of the elderly. Arch Intern Mcd 1987; 147: 4 19-20.
- 50) Sandoval L, Varela L. Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados. Rev Med Hered 1988; 9(4):138-42.
- 51) Serrano Santos P y cols. Depresión. Guía de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 2001; I: 10-11.
- 52) Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL. Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press; 1986:165.
- 53) Speotor WD, Katz 5, Murphy iB, Fulton JI>. The hierarchical relationships between activities of dally living and instrumental activities ofdaily living. J Chron Dis 1987; 40: 481-9.
- 54) Tallis RC, Fillit HM. Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontoly. 6th edition. Churchill Livingston; 2003:291-299.
- 55) UCLA Conference. New issues in geriatric care. Ann Intern Med 1988; 108: 7 18-32.
- 56) Varela L, Chavez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico 2004; 43 (2):57-63.
- 57) Varela L, Silicani A, Chavez H, Chigne O. Valoración geriátrica integral: propuesta de addendum a la historia clínica. Diagnóstico 2000; 39(3):135-47.
- 58) Varela L. Geriatria: Valoración geriátrica integral. Diagnóstico 2003; 42 (2): 73-80.
- 59) Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 1ra Edición. Lima: Centro Editorial de la Universidad Peruana Cayetano Heredia;2003:1-5.

- 60) Villar D, Varela L, Chigne O. Evaluación geriátrica integral en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Bol Soc Perú Med Interna 2000; 13(3): 143-50.
- 61) Williams ME. Why screen for functional disability in elderly persons?. Ann Intern Med 1990; 112: 639-40.
- 62) Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a pilot study and report. J Psychiatr Res 1983; 17: 37-49.

ANEXOS

INDICE DE KATZ

Baño (ducha y baño)	
• No recibe ayuda en el baño	
• Recibe ayuda en una parte del cuerpo	
• Recibe ayuda para más de una parte del cuerpo	
Vestido: tomar la ropa del closet y gavetas, incluye ropa interior y resto de vestimenta	
• Toma la ropa del closet y se viste sin ayuda	
• Toma la ropa del closet y se viste sin ayuda excepto para atarse los cordones	
• Recibe ayuda para escoger la ropa o vestirse, o queda en parte desvestido	
Ir al baño para la eliminación de orina o heces, limpiarse y colocarse ropa	
• Va al baño, se limpia solo y se coloca ropa sin ayuda (puede usar bastón o silla de rueda o puede manejar orinal/chata/pato)	
• Recibe ayuda para ir al servicio o en la limpieza o para colocarse las ropas después de la eliminación, o para el uso del orinal/chata/pato	
• No va al baño para la eliminación de orina o heces	
Traslado	
• Entra y sale de la cama o silla sin ayuda (puede usar ayudas como el bastón)	
• Entra y sale de la cama con ayuda	
• No sale de la cama	
Continencia	
• Controla los esfínteres por completo	
• Tiene accidentes de forma ocasional	
• La supervisión lo ayuda a controlar, usa catéter o es incontinente	
Alimentación	
• Se alimenta solo, sin ayuda	
• Se alimenta solo excepto en algunas cosas como cortar la carne	
• Recibe ayuda en la alimentación o es alimentado parcial o totalmente por tubos o intravenosamente	

Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MMSE FOLSTEIN)

Categoría	Pregunta	Puntaje
Orientación	Pida al paciente que Mencione el día/fecha/mes/año/estación	5
	Pida al paciente que mencione el numero de piso/hospital/ciudad/estado/país	5
Registro	Pida al paciente que repita las siguientes palabras: pelota, techo, mesa	3
Atención	Pida al paciente que deletree la palabra "mundo" al revés o diga los días de la semana al revés	5
Revocación	Pida al paciente que nombre los mismos tres objetos que pidió que nombrara anteriormente	3
Lenguaje y Praxias	Apunte a un lápiz y pida al paciente que nombre el objeto(lápiz)	2
	Pida al paciente que repita lo siguiente: "No hay excusas ni pretextos"	1
	Pida al paciente que obedezca la siguiente orden de tres pasos: "Tome un papel con su mano derecha, dóblelo por el medio, y póngalo en el piso"	3
	Pida al paciente que lea y obedezca lo siguiente : "Cierre los ojos"	1
	Pida al paciente que escriba una oración	1
	Pida al paciente que copie el diseño de pentágonos que se encuentra abajo	1
Total		30

Ficha de Reconocimiento de Datos

NOMBRE.....

FECHA..... DISTRITO...

Edad..... Paciente (H) (M) de.....años, vive con.....

Sexo.....

Comorbilidades: ...

KATZ..... MINIMENTAL..... PFEIFFER...../10

YESAVAGE: ...

Problema Social..... Evaluación Servicio Social.....

(SI) (NO) (SI) (NO)